HEALTHUMANA SAS NIT: 900.751.323-0 - Régimen Común
Cra 23 No 164 - 26 / Tels.: 2456739 - 5175689, Bogotá, D.C., Colombia.

Documento oficial de autorización de numeración de facturación electrónica No.18764009190684, vigencia 18 meses del 23 12 2020 al 23 06 2022,

Queda habilitado prefijo HU desde el número HU 1201 al HU 2400

Actividad Económica (CIIU) ICA 46451 - 4.14x1000. Regimen común. No somos Agentes de retencion de IVA. No somos Grandes Contribuyentes y somos responsables del IVA

Factura Electrónica De Venta

No. HU 1486

FECHA: 10 de junio de 2021

VENCIMIENTO: Credit 30 **Dias**
10-jul-21

CLIENTE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL CAUC
NIT 899999034 1
DIRECCION CL 57 8 69
CIUDAD Bogota D.C. **TELEFONO** 5461500

REFERENCIA: **Orden de Compra:**
SUMINISTRO ACEPTACION DE OFERTA N CO1.PCCNTR.2411752 Y ADICION POR CONCEPTO DE ESPALDAR Y COJIN CARLOS IVAN DULCE RAMOS CC 1061744286

Item	CODIGO	Descripción	Marca y/o Serial y/o Tipo	Cantidad	Vlr. Unit.	IVA	Total
1	TEKNAADVAN	SILLA DE RUEDAS PLEGABLE BIPODAL REMOVIBLE MODELO TEKNA ADVANCER		1,0	12.201.303	0%	12.201.303

Total Items 1

POR FAVOR PRACTICAR RETENCION DE ICA UNICAMENTE DE LA CIUDAD DE BOGOTA ACTIVIDAD ECONOMICA 4645

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y hora de generación: 10/06/2021 10:49:21

Son: ONCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	12.201.303
DESCUENTO	0
IVA	0
RETEFUENTE	305.033
RETEICA	0
VALOR A PAGAR	11.896.270

De acuerdo al Decreto 551 del 15 de Abril del 2020, los productos de Bioseguridad que aparezcan en la factura de venta son bienes exentos de IVA en el territorio nacional.

El comprador declara haber recibido los artículos, bienes y/o servicios descritos en esta factura de venta a satisfacción sujeto a lo dispuesto en la ley 1231/2008. Esta factura de venta se asimila para todos sus efectos a una letra de cambio. Art.779 CC

Se hace constar que la firma de persona distinta al comprador supone que dicha persona esta autorizada por el comprador para comprar y recibir, confesar la deuda y obligar al comprador. Aplican las garantías del importador para las referencias facturadas.

Agradecemos consignar a HEALTHUMANA S.A.S. en la CUENTA CORRIENTE NO. 000769997255 DE DAVIVIENDA. Se aplicará el pago una vez recibamos soporte físico o por correo Email contabilidad@healthumana.com

Elaborado por: Aprobado por:

Aceptada:

FIRMA Y SELLO

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)
CUFE: a02898538fa26e6f16e31ca90586f644ae8b94b5517541090d2c5225982cb481c745fab33bcde9fadb4241cc2198ca2d --Fecha y Hora de Expedición : 10/06/2021 2:18:13 p. m.

Distribuidor Autorizado de

900751323-0

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Yo, GUILLERMO ALBERTO MORENO GONGORA, identificado (a) con la C. C. No. 19.438.860 y con la Tarjeta Profesional No. 81599-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor (a) Fiscal de HEALTHUMANA SAS, compañía identificada con NIT. 900.751.323-0 debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (Pensión, Salud y Riesgos Profesionales) y de los Aportes Parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses exigibles a la fecha de presentación de la propuesta, dichos pagos corresponden a los montos contabilizados y cancelados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

FECHA DE EXPEDICIÓN **Bogotá, julio 28 de 2021**



NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN CERTIFICA: **GUILLERMO ALBERTO MORENO GONGORA**

Elaborado por: LA
Fecha: 13/04/2021

Kr 23 No 164 - 26 (571) 517 56 89
www.healthumana.com
healthumana@gmail.com
Bogotá, Colombia

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1D4F747 0ACF5F6FA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **GUILLERMO ALBERTO MORENO GONGORA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19438860 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 81599-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



81599-T

GUILLERMO ALBERTO
MORENO GONGORA
C.C. 19.438.860
RESOLUCION INSCRIPCION 143 FECHA 08/11/01
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.

90751

CFESA SA 04/2001-25034

FIRMA DEL TITULAR

040982

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.438.860

MORENO GONGORA

APELLIDOS

GUILLERMO ALBERTO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1961

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

20-AGO-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00113641-M-0019438860-20081028 0004942343A 1 1170019671

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	HEALTHUMANA SAS	**NIT:**	900751323
Tipo Planilla:	E	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2020
Número de Radicación:	44439670	**Total a pagar:**	$7,197,800
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	**Total de empleados:**	13
Fecha de Pago:	10/08/2020	**Número de Administradoras:**	10

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	707748795
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	13		$0	$151,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	5		$0	$2,724,700
230301	800224808	Porvenir	7		$0	$1,612,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$400,000
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	13		$0	$1,154,700
EPS005	800251440	Sanitas EPS	2		$0	$111,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	6		$0	$719,500
EPS010	800088702	EPS Sura	3		$0	$192,000
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$52,000
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$80,000
						$7,197,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14767281145

(415)7707212489984(8020) 000001476728114 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 1 3 2 3	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
HEALTHUMANA SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 23 164 26

42. Correo electrónico healthumana@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 1 7 5 6 8 9	2 4 5 6 7 3 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 1 4 0 5 1 3	3 2 5 0	2 0 1 4 0 5 1 3	3 0 9 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1 0	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3	2 2								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 06 - 28 / 19 : 17: 45

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre LAMOUROUX DUEÑAS ANA MARIA
985. Cargo Representante legal Certificado

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14767281145

(415)7707212489984(8020) **000001476728114 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 1 3 2 3	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número		9
73. Fecha	2 0 1 4 0 5 1 3	2 0 1 7 0 7 0 6
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 4 0 5 2 0	2 0 1 7 0 7 1 2
77. No. Matrícula mercantil	0 2 4 5 5 5 7 7	0 2 4 5 5 5 7 7
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 4 0 5 1 3	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14767281145

(415)7707212489984(8020) **000001476728114 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 1 3 2 3	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 4 0 5 1 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 2 0 4 5 5 1 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LAMOUROUX	DUEÑAS	ANA	MARIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14767281145

(415)7707212489984(8020) **000001476728114 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 7 5 1 3 2 3	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 4 3 8 8 6 0		8 1 5 9 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
MORENO	GONGORA	GUILLERMO	ALBERTO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 0 0 9 0 9

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 9 7 2 0 6		1 7 5 4 1 8 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
VARGAS	CAMACHO	KAREN	ASTRID

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 8 0 1 0 1

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

healthumana

ACTA DE ENTREGA
AYUDA TÉCNICA DE ORTOPEDICA

Ciudad y Fecha: _____

HEALTHUMANA S.A.S hace entrega de la ayuda técnica ortopédica descrita a continuación hoy: _____ según prescripción emitida por: **Dr. (a)** _____ con fecha de emisión: __ **de** __ **de** _____ y previa autorización de _____ a favor del usuario de nombre: CARLOS JUAN DULCE RAMOS documento de identidad, 1061744286.

Ayuda técnica entregada:

Seleccione: **MOVILIDAD:** X **LINEA BLANDA:** _____ **PRÓTESIS:** _____

Producto entregado según Orden de Compra y/o Autorización

Descripción Detallada:

Accesorios y/o aditamentos entregados.

1. _____ SI___NO__ 2. _____SI___NO__
3. _____ SI___NO__ 4. _____SI___NO__
5. _____ SI___NO__ 6. _____SI___NO__

Escaneado con CamScanner

healthumana

"Resolución 5592 de 2015 - Ministerio de Salud y Protección Social
Ayudas Técnicas: Estos elementos se entregarán en calidad de préstamo, con el compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

La entrega de la Ayuda técnica Ortopédica se realizó en las siguientes condiciones.

Indique con una X, SI o NO según su respuesta:

- ¿La ayuda técnica se entregó en perfecto estado? .....SI: X NO: _____
- ¿Se explicó su funcionamiento? .....SI: X NO: _____
- ¿Lo entregado corresponde a lo Autorizado por HEALTHUMANA? .....SI: ✓ NO: _____
- ¿Lo entregado corresponde a lo Ordenado por el médico tratante?.....SI: X NO: _____
- Le fue entregado documento de recomendaciones de uso, limpieza y el
- ¿Debido cuidado de la ayuda técnica entregada? .....SI: V NO: _____
- ¿Le fueron explicados las recomendaciones de uso y cuidado de la ayuda técnica entregada?.....SI: V NO: _____
- ¿Le fueron explicadas las Garantías y coberturas que tiene la ayuda técnica entregada y los causales de pérdida de esta? .....SI: X NO: _____

Observaciones:

A continuación, lo invitamos evaluar el servicio recibido por la Casa Ortopédica encargada de la entrega de la Ayuda Técnica Ortopédica Autorizada por la Entidad.

Escaneado con CamScanner

healthumana

Encuesta de Satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCION	CUMPLE	NO CUMPLE
En términos de calidad, ¿cómo califica el SERVICIO que ha recibido en la Casa Ortopédica que lo atendió?	X	
¿Los productos y servicios que le ofrece la Casa Ortopédica se ajustan a sus necesidades?	X	
¿La información ofrecida en el momento de una asesoría o trámite es clara, fácil de comprender y adecuada?	X	
¿El tiempo de respuesta a sus solicitudes y otros trámites o transacciones es adecuado?	X	
¿Es ágil la atención del personal que lo atendió?	X	
¿Qué tan eficiente ha sido la respuesta a sus necesidades?	X	
¿Considera que la comodidad, organización y logística de las oficinas de la Casa Ortopédica que lo atendió son adecuadas para lo que hacen?	X	
¿El horario de atención de la Casa Ortopédica es cómodo para sus trámites?	X	
¿Cómo califica la asesoría telefónica que le brindan los colaboradores de la Casa Ortopédica, sobre los productos, servicios y beneficios que ofrecen?	X	

Firmado en la ciudad de _____el día _____ (_____) del mes de _____del 2020.

Recibí:

Carlos Eduardo Ortiz Ramos
Firma

Nombre: Carlos Eduardo Ortiz Ramos

Documento de identidad: 1061744286

Parentesco: _____

Teléfono fijo: _____

Celular 3148121476

Entregó:

_____
Firma

Nombre: Alix E. Hernández C.

Documento de identidad: 39754569

Cargo: _____

Casa ortopédica: Healthumana

Escaneado con CamScanner

siga	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** **RECIBIDO A SATISFACCION**

Popayán, 24 de junio de 2021

Señor
Carlos Ivan Dulce Ramos
Beneficiario
Servicio Médico Asistencial
Popayán

ASUNTO: Recibido a satisfacción silla de ruedas en cumplimiento de orden de acción de tutela.

Respetado señor Carlos Iván;

Con el fin de dar cumplimiento, al suministro de la nueva silla de ruedas ordenada por su médico fisiatra tratante de la Clínica los Remedios de la Ciudad de Cali, de acuerdo con la orden medica expedida con las siguientes especificaciones:

- Silla de ruedas liviana en material resistente activa
- Espaldar a la altura borde inferior de escapulas rígido (no lona)
- Sin apoyabrazos, con cubre ropa.
- Apoya pies en plataforma única
- Llantas de desmonte rápido, llantas delanteras macizas.
- Cojín anti escaras en doble densidad espuma gel.

El SENA REGIONAL CAUCA suscribió contrato No. **CO1.PCCNTR.2411752** de fecha 12 de abril del 2021; el cual fue celebrado con la empresa **HEALTHUMANA SAS**.

LUGAR y FECHA PARA LA ENTREGA DEL SUMINISTRO

La entrega se realiza a la 2 de la tarde del día 24 de junio del 2021, en las instalaciones del Servicio Médico del Sena Regional Cauca, ubicado en la calle 4 No 2-67. Y se hará en forma directa al beneficiario con la presencia del representante de la empresa HEALTHUMANA SAS (fisiatra), y de las representantes del Sena

Escaneado con CamScanner

healthumana	Valoración para solicitud de Silla de Ruedas	Código: CDH-D14
		Versión: 2

Valoración para solicitud de silla de ruedas

Nombre del evaluador	Alix E. Hernández.	Fecha	24/4/2021

1: Entrevista

Información sobre el usuario de silla de ruedas

Nombre:	CARLOS IVAN DULCE	Número de documento	1061744286
Edad:	29 AÑOS	Hombre ☒ Mujer ☐	
Teléfono:	3148121476	Dirección:	CALLE 2 # 21A 10
Entidad:	SENA.		
Objetivos:	ENTREGAR SILLA DE RUEDAS DE ACUERDO A NECESIDADES Y FORMULACIÓN MEDICA DEL USUARIO.		

Estado físico

Parálisis cerebral ☐ Poliomielitis ☒ Lesión en la médula espinal ☒ Accidente cerebrovascular ☐

Cuidados especiales ☐ Espasmos o movimientos no controlados ☐

Amputación: Arriba rodilla D ☐ Debajo rodilla D ☐ Arriba rodilla I ☐ Debajo rodilla I ☐

Problemas de vejiga ☐ Problemas de intestino ☐

Si el usuario de silla de ruedas tiene problemas de vejiga o intestino, ¿estos están controlados?
Sí ☒ No ☐ CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE C/6 H.

Estado Cognitivo: SIN ALTERACIÓN.

Peso 85 KG. Talla 1.74.

Tiempo de evolución: 7 AÑOS

Otros: _____

Estilo de vida y entorno

Ocupación actual del usuario DESEMPLEADO

Describir dónde el usuario usará su silla de ruedas: DOMICILIO - TRABAJO - MEDIO TRANSP.

Tipo de terreno: URBANO.

Distancia recorrida por día: Hasta 1 km ☐ 1-5 km ☐ Más de 5 km ☒

Horas de uso de la silla de ruedas por día: Menos de 1 h ☐ 1-3 h ☐ 3-5 h ☐ 5-8 h ☐ más de 8 h ☒

Cuando no está usando la silla de ruedas, ¿dónde se sienta o acuesta el usuario y cómo lo hace (postura y superficie)? CAMA - TRASLADO INDEPENDIENTE CON AYUDA MMSS.

Transferencia: Independiente ☒ Asistida ☐ De pie ☐ No de pie ☐ Por levantamiento ☐ Otro

Tipo de retrete (al transferirse a un retrete): Letrina ☐ Inodoro ☐ Adaptado ☐

¿El usuario de silla de ruedas usa a menudo transporte público o privado? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, de qué tipo: Automóvil ☒ Taxi ☐ Autobús ☐ Otro_____

Kr 23 No 164 - 26 (571) 517 56 89
www.healthumana.com
healthumana@gmail.com
Bogotá, Colombia

Escaneado con CamScanner

healthumana	Valoración para solicitud de Silla de Ruedas	Código: CDH-D14
		Versión: 2

Tipo de Vivienda ☐ Casa ☒ Apartamento. Piso 1 El Piso

Barreras arquitectónicas en el Hogar Si, entrada al baño- entrada muy angosta.

Silla de ruedas en uso (si la persona ya tiene una silla de ruedas)

¿La silla de ruedas satisface las necesidades del usuario? Sí ☐ No ☒

¿La silla de ruedas se ajusta a las condiciones del entorno del usuario? Sí ☐ No ☒

¿La silla de ruedas ofrece calce y apoyo postural apropiados? Sí ☐ No ☒

¿La silla de ruedas es segura y duradera? (Tener en cuenta si tiene un cojín) Sí ☐ No ☒

¿El cojín ofrece alivio de la presión adecuado (si el usuario corre riesgo de padecer úlceras por presión)? Sí ☐ No ☒

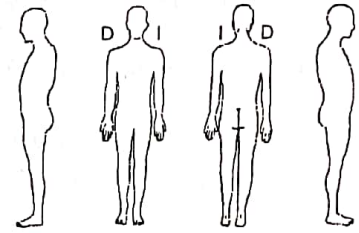
Comentarios: El Cojín está dañado.

2: Estudio físico

Presencia, riesgo o historial de úlceras por presión

/// = no tiene sensibilidad O = úlcera por presión previa

● = úlcera por presión actual



¿Tiene sensibilidad normal?	Sí	☐	No	☒
¿Úlcera por presión previa?	Sí	☐	No	☒
¿Úlcera por presión actual?	Sí	☐	No	☒
En caso afirmativo, ¿se trata de una úlcera abierta (etapa I a IV)?	Sí	☐	No	☐
Duración y causa:				
¿Esta persona **corre riesgo*** de padecer una úlcera por presión? **Una persona que no tiene sensibilidad o tiene tres o más factores de riesgo. Factores de riesgo: inmovilidad, humedad, mala postura, úlcera por presión previa o en curso, mala alimentación, edad avanzada, bajo peso o sobrepeso.*	Sí	☒	No	☐

Método de impulso

¿Cómo se impulsa el usuario en su silla de ruedas? Con ambos brazos ☒ Brazo izquierdo ☐ Brazo derecho ☐ Ambas piernas ☐ Pierna izquierda ☐ Pierna derecha ☐ Empujado por asistente ☒

Comentarios: Dolor en hombro Izquierdo.

Elaborado por: Nathalie Molano
Área: Producto
Fecha: 21/09/2020

Kr 23 No 164 - 26 (571) 517 56 89
www.healthumana.com
healthumana@gmail.com
Bogotá, Colombia

Escaneado con CamScanner

healthumana	Valoración para solicitud de Silla de Ruedas	Código: CDH-D14
		Versión: 2

Mediciones

	Medida corporal (mm)			Medida del componente de la silla de ruedas (mm)		
Ancho del asiento, profundidad y altura de los apoyapiés						
A	Ancho de caderas		45	*= ancho del asiento O* *= distancia entre apoyos laterales de pelvis*	1 2	
B	Profundidad del asiento (desde atrás de la pelvis hasta la parte posterior de la rodilla)	I	50	*B menos de 30–50 mm = profundidad del asiento* *(si el largo es diferente, usar el más corto)*	3	
		D	50			
C	Longitud de la pantorrilla	I	43	*(C – altura del cojín**)* *C menos altura del cojín**= distancia del asiento a la parte superior de los apoyapiés O del asiento al suelo dependiendo de las necesidades del usuario.*	4 5	
		D	43			
Altura del espaldar						
D	Del asiento* a la parte inferior de la caja torácica		28	*(D o E o F [dependiendo de las necesidades del usuario] + altura del cojín**)* *D o E o F (dependiendo de la necesidad del usuario) más la altura del cojín** = distancia del asiento a la parte superior del espaldar*	6	
E	Del asiento* a la parte inferior de los omóplatos		39			
F	Del asiento* a la parte superior de los hombros		60			
Modificaciones y / o DAPs						
G	Ancho de tronco		39	*= distancia entre almohadillas/cuñas laterales del tronco*	7	
H	Del asiento* a la axila	I	44	*H menos de 30 mm = distancia **máxima** entre la parte superior del asiento* y la parte superior de las almohadillas/cuñas laterales del tronco (ajustar de acuerdo a la simulación manual***)*	8	
		D	43			
I	Del asiento* a la parte superior de la pelvis (EIPS)		19	*= distancia de la parte superior del asiento* a la altura media de la almohadilla posterior de la pelvis*	9	
J	Distancia entre rodillas		12	*= ancho del separador de rodillas*	10	
K	Del asiento* a la base del cráneo		79.	*= distancia de la parte superior del asiento* a la mitad del reposacabezas*	11	
L	Parte posterior de la pelvis a los isquiones		11.	*L más 20–40 mm = distancia desde el espaldar hasta el inicio del escalón pre isquiático.*	12	
Otro	ANCHO HOMBROS.		48.			

**El "asiento" es la superficie en donde se sientan los isquiones cuando se realizan las mediciones corporales.*

*** Revisar la altura del asiento que usará el usuario de sillas de ruedas.*

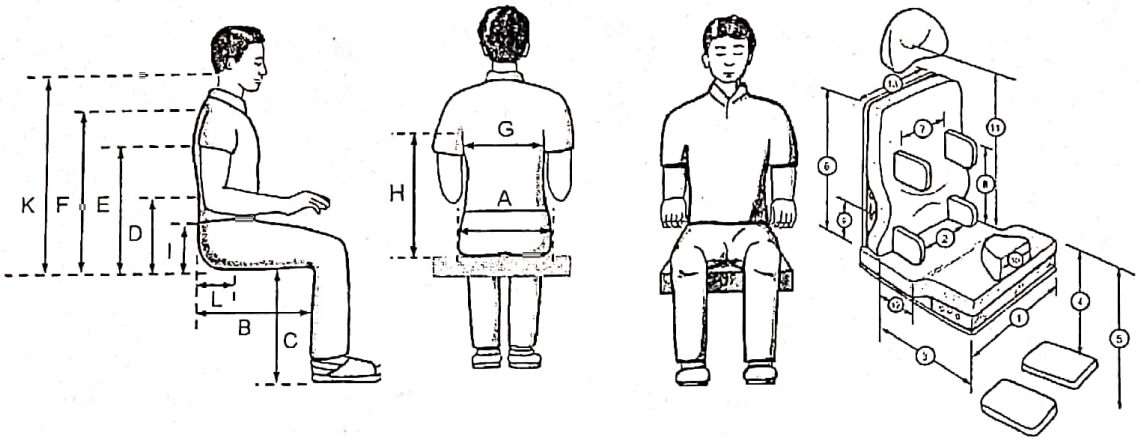
Elaborado por: Nathalie Molano
Área: Producto
Fecha: 21/09/2020

Kr 23 No 164 - 26 (571) 517 56 89
www.healthumana.com
healthumana@gmail.com
Bogotá, Colombia

Escaneado con CamScanner

healthumana	Valoración para solicitud de Silla de Ruedas	Código: CDH-D14
		Versión: 2

***La necesidad de ajustes debe ser claramente demostrada durante la simulación manual.*



NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR	NOMBRE Y FIRMA USUARIO / ACOMPAÑANTE
Alix Edith Hernández Castro	Carlos Iván Dulce Ramos

- Necesita Cinturon Pelvico de Seguridad.
- Ruedas Antivuelco.

Nota:
Por la Necesidad & Caracteristicas patológicas del usuario, se hace Necesario el uso del Espaldar Rígido y Cojin Antiescaras ya que él usa cojin con la silla actual pero está deteriorado.

Kr 23 No 164 - 26 (571) 517 56 89
www.healthumana.com
healthumana@gmail.com
Bogotá, Colombia

Escaneado con CamScanner


WiFi
EMPLEO
5 PERSONAS
GRATIS


HILFIGER
TOMMY
JEANS

progeo
ACTIVE DESIGN

TEKNA ADVANCE



Ancho asiento
36 - 39 - 42 - 45 - 48 cm

Profundidad asiento
35 - 37,5 - 40 - 42,5
45 - 47,5 cm
Ajustable

Altura asiento
Delant. desde 40 hasta 58 cm
Tras. desde 38 hasta 46 cm
Ajustable

Distancia Reposapies
Desde 35 hasta 54 cm
Ajustable

Peso solo telar
Desde 7.6 kg aprox.
Desde 8.6 kg aprox.
(con reposapiés extraible)

Altura respaldo
De 24,5 a 47,5 cm
Ajustable

Ángulo telar ant.
90° 100°
95° 110° 120°
(con reposapiés extraible)

Largo total
85 cm aprox.

Ancho total
Ancho asiento + 17 cm
(con inclinación rueda trasera 0°)

Carga máxima
125 kg

Estorbo
28 cm aprox.
(con inclinación rueda trasera 0°)

Ángulo respaldo
84° 90° 96°
Ajustable

Inclinación rueda trasera
0° 2° 4°

Peso silla de ruedas
Desde 10.2 kg aprox.
Desde 11.2 kg aprox.
(con reposapiés extraible)